

令和6年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症介護実践リーダー研修)

1. 目的

本研修は、京都府内（京都市域除く。）の介護保険施設、指定居宅サービス事業所及び指定地域密着型サービス事業所に従事する高齢者介護実務者のうち、ケアチームにおける指導的立場にある者に対し、チーム員の知識・技術・態度を指導する能力及びチームリーダーとしてのチームマネジメント能力を修得させ、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実と質の向上を図ることを目的とする。

2. 実施主体

京都府

3. 実施機関

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会

4. 研修概要

(1) 対象事業所

京都府内の介護保険サービス事業所を対象とする。（京都市域を除く。）

①	介護保険施設
②	指定居宅サービス事業所
③	指定地域密着型サービス事業所

(2) 研修対象者

(1) の事業所に従事し、次のア～エの要件を全て満たす者で、知事が適当と認めるもの

ア) 平成16年度以前の「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」又は「認知症介護実践者研修」のいずれかの研修を修了している者（「認知症介護実践者研修」の修了者は、修了後1年が経過していること。）

イ) 現に介護職員等で、5年以上の実務経験を有する者

ウ) 施設・事業所内において、現にケアチームのリーダーである者又はリーダーになることが予定されている者

エ) 自施設実習では、認知症介護の経験の浅いスタッフへのOJTを通じた指導を18日間通して行うため、自施設にOJTの対象になるスタッフがいて、職場実習を行うことが可能な者

(3) 研修内容

別紙「カリキュラム」のとおり

(4) 募集定員

70名（年1回の開催）

5. 研修日程及び会場

(1) 研修日程

研修は、①講義・演習（6日間）及び②自施設での職場実習（18日間）とする。

① 講義・演習

9月	4日（水） 5日（木）
10月	8日（火） 9日（水） 10日（木）
12月	<u>17日（火）（最終日）</u>

②自施設での職場実習

設定期間（約4週間）のうち18日間

(2) 会場

ハートピア京都大会議室

6. 修了証書

下記ア及びイの要件を満たす者に対し、修了証書を交付する。

ア) 4. (3) のカリキュラムに定める講義等研修の全課程を修了した者

イ) 以下の全ての課題を十分にこなし、かつ期限内に提出した者

【研修中】 各講義のふりかえりシート

【職場実習】 職場実習計画書及び職場実習報告書

※ 修了証書に記載される氏名については常用外漢字が含まれる場合も常用漢字に置き換えて印字します。修了者の情報は受講年度の修了証書番号と生年月日で確認するため修了者の確認等に問題はありません。

7. 研修の修了について

以下のような事実が確認された場合、修了を認めない。

- ・受講者の受講態度が悪い場合（講義への遅刻、提出物を期限内に提出しない）
- ・研修の学びが不十分であると判断される場合
- ・研修の全課程を修了できない場合（講義の早退・欠席）
- ・提出物が締切日までに提出されない場合 など

8. 受講費用

6,000円（資料代）

※ 受講費用及びその納入方法の詳細については、受講決定時に通知する。

※ その他研修会場までの交通費、食費、宿泊費等は受講者が負担すること。

受講決定された者は、研修当日までに以下のテキストを準備しておくこと。

テキスト名：認知症介護実践者研修テキスト 実践リーダー編

（編集：認知症介護実践研修テキスト編集委員会）

定 価：3,000円（税別）

出 版 社：中央法規出版株式会社

9. 受講申込み及び受講決定

(1) 受講申込み

●申込期限：令和6年7月9日（火）必着

●申込先：一般社団法人京都府老人福祉施設協議会事務局

※ 地域密着型サービス事業所は、所在地の市町村介護保険担当課

●申込方法：郵送

●申込書類

様式1（受講申込書）

様式2（1事業所から2名以上申込み場合に添付すること）

認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し

返信用封筒 申込者1名につき1枚

（受講可否通知送付に使用、封筒は角2号（24cm×33.2cm）140円切手貼付）

(2) 受講決定

4. (2) の受講要件を確認の上、受講決定を行う。（受講可否に係る通知は、8月1日（木）頃に発送予定。希望者多数の場合は、受講できないことがある。）

受講決定又は非決定の通知が研修初日の7日前になっても届かない場合は、速やかに一般社団法人京都府老人福祉施設協議会（075-251-6510）まで問い合わせること。

10. 受講時の感染防止対策について

●会場について

・感染防止対策として、席の間隔をあける、室内の換気等を行います。

●受講時のお願い

・研修当日の朝、検温をお願いします。発熱等の症状がある場合は受講しないでください。

・手指消毒やマスクの着用の徹底をお願いします。

11. その他受講にあたっての注意事項

(1) 研修の辞退について

受講決定後は、研修の辞退を認めない。やむを得ず辞退しなければならない状況になった者は、京都府健康福祉部高齢者支援課地域包括ケア推進係（075-822-3562）まで速やかに連絡すること。（無断の辞退は厳禁とする。）

(2) 短期利用型認知症対応型共同生活介護を実施する場合について

短期利用型認知症対応型共同生活介護を実施する場合は、本研修修了者の配置が求められていることから、該当する者は受講について留意すること。（※短期利用型の要件を満たすために受講を希望する場合は、申込時に市町村に申し出ること。）

【参考】「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月31日 老計発第0331005号，老振発第0331005号，老老発第0331018号）

(3) 研修当日の服装

専門職としての研修であることを意識し、周囲の人に失礼のない服装でお越しください。また、研修会場の空調は細やかな温度調節ができません。自分で温度調節可能な服装でお越し下さい。

(4) 京都府及び事務局からの緊急の連絡事項がある場合

受講にあたっての追加連絡や災害等の緊急時の連絡等がある場合はワムネット京都府ページでお知らせ致します。

12. 問い合わせ先

■受講決定、研修辞退、研修概要に関することについて

京都府健康福祉部高齢者支援課地域包括ケア推進係
〒604-8418

京都市中京区西ノ京東梅尾町6番地 京都府医師会館703
(TEL : 075-822-3562 FAX : 075-822-3574)

■受講申込、提出書類に関することについて

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒604-0874

京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375 番地
ハートピア京都（京都府立総合社会福祉会館）8階
(TEL : 075-251-6510 FAX : 075-251-6517)